

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

386

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henry HERDING

Ancien Interne des Hôpitaux
et lauréat de l'École de Médecine de Reims

DE

L'Intervention Chirurgicale

dans la Hernie Ombilicale de l'Enfance

Président : M. KIRMISSON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

DBE

336

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henry HERDING

Ancien Interne des Hôpitaux
et lauréat de l'École de Médecine de Reims

DE

L'Intervention Chirurgicale

dans la Hernie Ombilicale de l'Enfance

Président : M. KIRMISSON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESCREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELLET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de piété filiale.

A MA MARRAINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ADOLPHE JALAGUIER

Membre de l'Académie de Médecine de Paris
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Assistés
Officier de la Légion d'honneur

*Témoignage de notre très
grande et très respectueuse admi-
ration et reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR VEAU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Témoignage de haute et respec-
tueuse considération.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté
de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur de vouloir bien accepter la pré-
sidence de notre thèse.*

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LA

HERNIE OMBILICALE DE L'ENFANCE

AVANT-PROPOS

C'est une opinion courante que la hernie ombilicale doit être opérée dans l'enfance lorsque le bandage ne l'a pas fait disparaître ; les auteurs sont unanimes sur ce point. Et cependant nos recherches personnelles nous ont amené à constater que cette règle n'était pas suivie. On opère généralement très peu les hernies ombilicales de l'enfant.

Dans le service du regretté M. Brun, aux Enfants-Malades, durant les années 1898, 1899, 1900, nous relevons 2 cures radicales pour hernie ombilicale, sur 970 interventions chez l'enfant.

D'autre part, les hernies ombilicales de l'adulte sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit ; les accidents mortels qui en résultent ont attiré notre attention par leur nombre relativement considérable. On meurt beaucoup de hernie ombilicale étranglée.

N'y a-t-il pas là une relation de cause à effet ? L'absence de cure radicale des hernies ombilicales de l'enfance n'amènerait-elle pas le développement

de bien des hernies ombilicales de l'adulte? Nous le pensons, en étant persuadé qu'il y a une prédisposition congénitale dans l'apparition de cette infirmité.

On a beaucoup insisté, durant ces dernières années, sur l'importance de la congénitalité pour la hernie inguinale; c'est la conclusion naturelle qui s'impose à la suite d'études poursuivies depuis longtemps à son sujet.

La hernie ombilicale, elle, est restée dans l'ombre. On en discute fréquemment le traitement; on ne songe plus beaucoup à la cause.

Sans doute, bien des auteurs ont déterminé la part des raisons anatomiques de son apparition; mais l'imprécision qui entoure la conception générale que l'on s'en fait couramment entraîne une certaine indécision dans les règles suivies pour sa cure radicale.

Il semble, cependant, que les raisons soient entières pour donner à la hernie ombilicale la même pathogénie qu'à la hernie inguinale; et, comme pour cette dernière, il faut, de plus en plus, en concevoir le traitement définitif dans l'enfance.

Assuré que, par ce moyen, on éviterait les complications mortelles à un âge plus avancé, nous aimerions montrer, dans ce travail, les raisons mêmes qui en rendent nécessaire la cure radicale de bonne heure. Nous nous proposons d'insister tout spécialement sur l'opération la meilleure qui lui revient rationnellement chez l'enfant.

Les observations qui nous ont été fort aimable-

ment données à l'hôpital des Enfants-Assistés, dans le service de M. Jalaguier, et celles que M. Veau nous a communiquées de ses notes personnelles sont particulièrement intéressantes, car elles montrent toute une série d'opérations faites depuis l'année 1900 avec les transformations successives qui ont modifié les règles suivies.

Que M. le Dr Jalaguier, membre de l'Académie de Médecine, veuille bien recevoir l'expression modeste de notre très respectueuse reconnaissance. L'accueil qu'il nous fit à Paris et les éléments de travail dont il nous permit de profiter nous rendent difficile, mais agréable, le devoir de lui dire combien nous avons été heureux de recevoir les leçons de sa haute expérience.

Nos remerciements vont très naturellement à M. le Dr Veau, chirurgien des hôpitaux, qui nous a donné l'idée de ce travail et nous a dirigé de ses conseils éclairés. Nous emportons des trop courts instants que nous avons passés aux Enfants-Assistés et de sa bienveillance à notre égard, au lendemain même de la maladie qu'il contracta dans son service, un souvenir de sincère gratitude.

M. le Dr Jacques Bertillon, directeur de la statistique municipale de la Ville de Paris à la Préfecture de la Seine, a mis entre nos mains des matériaux que nous sommes heureux de présenter. Son affabilité et l'accueil qu'il nous a réservé dans ses bureaux nous ont beaucoup facilité la statistique que nous désirions faire ; et l'œuvre qu'il poursuit, avenue Victoria,

nous a fortement intéressé. Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre reconnaissance.

Le stage que nous avons fait à Paris, dans le service de M. le professeur Bar, à la clinique Tarnier, nous a permis de suivre de près les pratiques d'obstétrique ; nous en gardons un excellent souvenir ainsi que de notre passage aux Enfants-Malades, dans la clinique de M. le professeur Hutinel, où le cours de vacances de Pâques, en 1913, fut des plus instructifs.

Les années d'externat et d'internat, que nous avons passées dans les hôpitaux et à l'École de Médecine de Reims, nous resteront toujours présentes.

Nous adressons un souvenir ému à la mémoire de M. Bruandet, professeur d'anatomie à l'École de Médecine de Reims. Ancien interne des Hôpitaux de Paris où il avait été l'élève du professeur Brissaud, il était aimé de ses élèves par l'attachement qu'il leur témoignait et par son enseignement pratique. La nouvelle de sa mort, à la suite d'un incident d'opération, nous fit une grande impression et nous attrista particulièrement.

M. le Dr Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims, nous a toujours témoigné un intérêt auquel nous demeurons sensible. Qu'il veuille bien recevoir, avec MM. les professeurs Adrien Pozzi, Jacquinet et Lardennois de Reims, qui nous considérèrent comme un ami plus que comme un élève durant notre stage dans leur service, l'expression de notre fidèle attachement.

Nous n'oublierons jamais nos maîtres de Reims,

MM. les professeurs Langlet, Harman, Colleville, de Bovis, Simon, Luton, Téchoueyres, MM. les D^{rs} Fossier, Hoël. Nous leur gardons une sincère reconnaissance de leur enseignement pratique.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier notre ami le D^r E. Buchholz, qui nous a fait de laborieuses traductions pour cette modeste étude.

CHAPITRE PREMIER

GRAVITÉ DE LA HERNIE OMBILICALE DE L'ADULTE

La hernie ombilicale des adultes était, chez les anciens, considérée comme une affection très grave par ses accidents d'étranglement. De très bonne heure, on eut l'idée d'intervenir ; et, pour ne pas entrer dans les détails de son histoire, que le regretté professeur Segond fit d'une manière si intéressante dans sa thèse d'agrégation (1), on abandonnait le malade à lui-même ou l'on tentait l'impossible pour le conduire, le plus souvent, au résultat fatal : la mort.

Ces deux méthodes d'opération audacieuse ou de laisser aller furent alternativement recommandées durant des siècles ; la cure radicale fait son apparition vers 1853 ; les premiers résultats furent déplorables.

Les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie amenèrent les auteurs à la considérer avec moins d'effroi ; et l'enthousiasme du moment lui donna un pronostic

1. Segond, thèse d'agrégation, 1883, ch. I^{er}, p. 1, 57.

tie relativement bien meilleur dont on voit encore persister l'impression actuellement (1).

Mais depuis ces dernières années, où l'on a tendance à juger positivement, on s'aperçoit que même ces nouvelles conditions ne permettent pas d'envisager la hernie ombilicale de l'adulte avec tranquillité ; et les travaux qui se sont multipliés à son sujet amènent les chirurgiens à intervenir le plus tôt possible, lorsque la hernie est encore libre de toute entrave.

C'est là l'opinion courante ; et les recherches se précisent actuellement sur l'opération la plus rationnelle.

C'est qu'en effet la hernie ombilicale de l'adulte est redoutable ; elle range celui qui en est atteint dans la catégorie des infirmes par les nombreux troubles qu'elle apporte (2) ; et si la cure radicale semble être un réel bienfait quand la hernie est encore relativement de faible volume, les récives trop fréquentes (3) ne lui donnent droit qu'à être considérée comme un palliatif apportant au malade une simple amélioration passagère (4).

1. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1909, n° 68. — Dr Ernst Ruge, *Zur Pathologie und Therapie der nabelhernien der Erwachsenen*, p. 27.

2. Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*. — P. Berger, *Hernie ombilicale*, p. 330.

3. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1909, n° 68. Même article que précédemment, page 7. Sur 79 cas, dans le service de M. le professeur Körte, on note 5 récives ; mais la moitié seulement des malades sont revenus (p. 32).

4. M. Ernst Ruge rapporte le cas d'une hernie ombilicale trois

Petit à petit, soit qu'il y ait eu rechute ou que l'évolution n'ait pas eu d'histoire chirurgicale, si le malade ne meurt pas d'une affection intercurrente, l'étranglement se produit, un jour ou l'autre, avec toutes les conséquences qu'il comporte.

Les statistiques sont, à ce point de vue, des plus suggestives. Nous en possédons une toute récente, puisqu'elle date de 1909, du service du professeur Körte de Berlin.

Le Dr Ernst Ruge qui a rédigé, à l'aide des observations du pavillon Urbain, une étude des plus sérieuses sur « la pathologie et le traitement des hernies ombilicales de l'adulte », nous apporte des résultats très nets avec une impartialité toute à son honneur :

Sur 52 hernies ombilicales étranglées ou avec adhérences opérées, 14 ont un résultat fatal (1).

Ce chiffre comporte les hernies nettement étranglées et les hernies avec adhérences. Il eût été intéressant de savoir quel était le nombre de décès pour les hernies franchement étranglées, car nous ne pouvons penser que le résultat eût été relativement aussi bon, puisque l'on atteint la moyenne de 21 0/0 de mort, ce qui est bien vis-à-vis des autres auteurs (2).

fois étranglée, trois fois opérée (déc. 1905, août 1907, mars 1909).
Même article, p. 15, 18.

1. Même article, p. 21.

2. Dans cette statistique, Ruge fait rentrer 5 observations où l'étranglement n'avait pas « été aigu, mais chronique ». Il ne nous dit pas combien il leur revient de décès (p. 21).

Ce que l'on peut dire, c'est que la statistique de ces suites opératoires est mauvaise; et cette confirmation, par l'étude des données pratiques, de ce pronostic redoutable dont nous parlions tout à l'heure, reçoit une preuve émouvante dans ce fait qu'Uhde, en 1869, compte une mortalité de 47 o/o pour ses hernies ombilicales étranglées, alors qu'Eschenbach, en 1908, nous donne le chiffre de 45 o/o (1).

L'idée nous a été suggérée d'étudier la statistique de la Ville de Paris durant toute une année et de nous rendre compte du nombre de décès qui se rapportent à la hernie ombilicale étranglée.

Le service de la statistique municipale de la Ville de Paris à la Préfecture de la Seine, est dirigé par M. le Dr Jacques Bertillon. Il réunit tous les bulletins de décès survenus à domicile, dans les cliniques particulières et dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris. Ces bulletins — établis soit par les médecins de l'état civil, soit par les médecins des établissements hospitaliers — sont adressés à la mairie de l'arrondissement dans lequel se sont produits les décès.

Ils sont alors transmis périodiquement au service de la statistique, avenue Victoria, où se fait la centralisation pour toute la ville.

C'est là que M. le Dr Jacques Bertillon, entouré

1. Dr Ernst Ruge, *Archiv. für Klinische Chirurgie*. Même article, p. 25.

de son personnel administratif, surveille la classification de ces bulletins suivant trente-huit catégories de maladies rangées par ordre d'importance. Il en tire la rédaction du *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* que tous les médecins de Paris reçoivent gracieusement.

Nous nous sommes donc rendu avenue Victoria, où M. Bertillon a eu l'extrême obligeance de nous mettre entre les mains les bulletins de décès n. 27 : *Hernies et Obstructions intestinales*, pour l'année 1911

Nous en avons extrait la statistique suivante :

Mort par hernie à Paris, durant l'année 1911

Sexe féminin

Année 1911	Hernies ombilicales	Hernies crurales	Événtrations	Hernies étranglées	Total
Janvier	4	2		6	12
Février	2	1		3	6
Mars	2	1		3	10
Avril	2	2		3	7
Mai	2			4	6
Juin	3	1		3	7
Juillet	5			4	9
Août	1	1		5	7
Septembre				6	6
Octobre	4	2		10	16
Novembre	1			5	6
Décembre	3		1	4	8
Total	29	10	1	60	100

Si nous considérons les 29 décès par hernie ombilicale au point de vue de l'âge, ils se répartissent ainsi :

1 ^{re} enfance.....	2
30-45 ans.....	2
45-56 ans.....	9
60-88 ans.....	16
Total.....	29

Nous ne pouvons apporter de grands renseignements en ce qui concerne les décès survenus chez les hommes dans la même année. Car, pour 66 morts par hernie étranglée, nous avons relevé :

Une par hernie ombilicale.

Six par hernie inguinale.

Une par hernie diaphragmatique.

M. Bertillon regrettait avec beaucoup d'amabilité que les médecins n'apportent pas de diagnostic plus précis sur la variété des hernies consignées dans la catégorie n° 27. Car si, pour les hommes, nous avons trouvé 66 bulletins portant notification de décès par hernie étranglée sans plus de détail, soixante fois également pour les femmes (c'est-à-dire pour les 3/5 du total) nous n'avons pu relever que le diagnostic d'étranglement herniaire. Et, avec M. Bertillon, nous pensons que nous eussions certainement rencontré, au milieu de ces bulletins, d'autres éléments de statistique se rapportant à l'affection qui nous occupe.

Mais, tels qu'ils sont, ces chiffres sont des plus

instructifs puisque sur 100 hernies étranglées qui meurent en 1911 à Paris — nous ne sommes pour rien dans ce chiffre auquel le relevé seul nous a conduit — 29, c'est-à-dire le $\frac{1}{3}$, reviennent nettement à la hernie ombilicale étranglée.

Quand bien même le reste des décès pour lesquels la nature propre de l'affection nous reste inconnue n'aurait pas rapport à la variété ombilicale, ce chiffre n'en resterait pas moins considérable ; et la proportion de ces issues fatales que nous pouvons entrevoir par le tableau que nous présentons, nous amène à déclarer que si la hernie crurale étranglée comporte le pronostic inquiétant que tous les praticiens lui donnent, la hernie ombilicale, elle aussi, reconnaît une gravité qui est plus grande encore ; et l'on est justement étonné en se rendant compte que la moitié des décès déclarés et qui se rapportent à elle se produisent avant cinquante six ans.

On comprend que les auteurs s'attachent à donner un traitement efficace à la hernie ombilicale.

CHAPITRE II

DE L'ORIGINE CONGÉNITALE DE LA HERNIE OMBILICALE

Comment considère-t-on la hernie ombilicale de l'adulte ?

A vrai dire, les opinions sont partagées à cet égard.

Les chirurgiens qui ont pris l'habitude d'étudier consciencieusement leurs observations de pratique courante déclarent que la hernie apparaît entre trente et quarante ans ; beaucoup plus fréquente chez la femme, elle est fortement influencée, dans sa production, par la grossesse.

Nul ne le conteste ; dans le service du professeur Körte, de Berlin, on a fait les mêmes remarques ; mais, sur 54 malades qui ont donné des renseignements précis sur la date où est apparue leur hernie, 19 seulement, et sur 28 femmes qui ont fait remonter l'origine de leur affection entre vingt et cinquante ans, rentrent dans cette catégorie (1),

Du reste le rôle de l'effort semble ne pas entrer considérablement en ligne de compte, puisque Paul

1. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1909, n. 68, même article, Dr Ernst Ruge, p. 6 et 7.

Berger, qui avait insisté sur la grossesse comme cause de production herniaire, faisait entrevoir que, le plus souvent, la hernie ombilicale se manifestait, en quelque sorte, par aspiration des organes abdominaux au moment où la paroi revenait à son état normal après l'accouchement (1).

De telle sorte que l'on comprend fort bien « la plupart des auteurs qui déclarent que la hernie ombilicale est une hernie de faiblesse » Jaboulay et Patel, de Lyon, en font mention dans leur remarquable étude sur les hernies (2).

Mais qui dit hernie de faiblesse dit prédisposition; et c'est là qu'il y a discussion.

Actuellement, à la suite des travaux de M. Lucas-Championnière, on insiste beaucoup sur l'influence de l'obésité; et, d'après les dernières études, la hernie ombilicale de l'adulte ne serait qu'une conséquence locale d'une prédisposition générale.

On ne saurait trouver un meilleur exposé de cette interprétation ailleurs que dans la très intéressante étude où Ernst Ruge nous apporte une grande netteté de détails que nous avons plusieurs fois déjà appréciée.

Par les observations du service du professeur Körte, l'auteur veut nous montrer le rapport qui existe entre la dégénérescence graisseuse de la paroi

1. Duplay et Reclus, *Hernies en général*, p. 92. Paul Berger 1897.

2. Le Dentu et Paul Delbet, *Traité de Chirurgie*. — Jaboulay et Patel (de Lyon), *les Hernies*, 1907, p. 252.

abdominale et la solution de continuité par où pénètre le contenu herniaire.

La graisse n'intéresse pas seulement les plans superficiels et profonds par exagération de sa présence ordinaire ; elle envahit les faisceaux du fascia de Richet, écarte les muscles droits, de telle sorte que, si on en sépare les diverses épaisseurs, on aperçoit d'étroites fentes jusque dans la région sous-cutanée.

« Toutes ces masses de graisse, nous explique Ruge, sont placées comme des abcès entre les faisceaux primitivement serrés et ont fait d'une paroi solide une paroi moins résistante, à treillage » (1).

Et l'on peut concevoir que le mésentère ou l'épiploon malades eux aussi, réclamant plus d'espace, viennent ou favoriser l'entrée de l'intestin ou pénétrer dans une région vers laquelle tout les porte si naturellement (2).

La hernie se fera jour à l'extérieur dans ces conditions.

Cette théorie est très séduisante ; on ne saurait cependant la partager ; car, s'il est vrai que l'adiposité de la paroi abdominale est un facteur occasionnel important dans le développement des hernies ombilicales, si l'on peut admettre qu'elle est à l'origine des éventrations consécutives et des doubles hernies dont parle Ruge, on se demande, néanmoins, comment il se peut faire que le travail de destruction

1. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1909. Dr Ernst Ruge, même article, p. 2.

2. *Id.*, p. 1 à 3 et suivantes.

s'organise en un point aussi précis de l'organisme alors qu'ailleurs les tissus sont encore fermes. Et nous comprenons la pensée d'autres auteurs qui insistent sur la prédisposition congénitale de la hernie ombilicale.

Paul Berger, en 1897, dans sa magistrale étude, restée classique, déclarait ce qui suit : « On ne saurait trop insister sur ce point que les causes occasionnelles n'agissent, le plus souvent, que sur des sujets prédisposés ; et, dans la majorité des cas, l'absence de cause déterminante n'aurait pas empêché la hernie de se manifester tôt ou tard (1). »

Et ailleurs : « Sans pouvoir en donner la preuve, je suis disposé à croire, pour avoir observé tous les intermédiaires entre ces états extrêmes, que les hernies ombilicales des adultes ont généralement pour origine une hernie de la première enfance (2). »

Dans le même article enfin : « C'est à l'enfance qu'il faut faire remonter l'origine de la plupart des hernies ombilicales observées même chez l'adulte ; mais des causes occasionnelles viennent déterminer l'accroissement plus ou moins rapide de la hernie qui n'existait, en quelque sorte, qu'à l'état virtuel (3). »

Eugène Rochard, dans ses études sur les hernies, ajoute que la hernie ombilicale de l'enfant reste souvent masquée par la graisse du ventre ; elle réap-

1. Duplay et Reclus, *Traité de Chirurgie*. — P. Berger, *Hernie ombilicale*, p. 50.

2. *Ibid.*, p. 315.

3. *Ibid.*, p. 322.

paraîtrait plus tard, particulièrement après la grossesse (1).

M. le professeur Kirmisson appuie de sa forte autorité cette opinion dans son très remarquable *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale* : « On peut se demander avec M. Berger s'il s'agit toujours de guérison dans les guérisons de hernies ombilicales infantiles. Il n'est pas invraisemblable que, dans bon nombre de cas, le sac persiste et donne de nouveau passage aux viscères sous l'influence d'efforts répétés, d'augmentation et de diminution alternative de la paroi abdominale, grossesses multiples, amaigrissement, présence de liquide dans la cavité péritonéale (2). »

Ces affirmations doivent être prises en considération ; et d'autres travaux sont venus en démontrer toute la valeur.

Depuis quelques années, on étudie avec précision la formation primitive de l'anneau ombilical. C'est surtout au point de vue des hernies embryonnaires que l'on s'y est appliqué (3) ; mais, en 1912, Wengowski, par des coupes multiples sur les fœtus, a voulu se rendre compte s'il pouvait réellement y avoir une raison congénitale nette à la hernie ombilicale de l'enfance.

1. E. Rochard, *les Hernies*, 1906, p. 315.

2. Kirmisson, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898, p. 234-235.

3. Pr. Dr Walter Hannes, *Zur Pathologie und Therapie des Nabelschnurbruchs* (*Munchener medizinische Wochenschrift*, 12 déc. 1911, n° 50, p. 2664).

Il rappelle que, dans les premiers mois de la vie intra-utérine, il y a toujours une hernie physiologique normale de l'intestin que l'anneau ombilical fait disparaître peu à peu par rétrécissement ; et il nous rapporte le résultat de ses observations :

« Rarement le développement intestinal se fait selon la règle. Dans la plupart des cas, l'intestin rentre à la fin du troisième mois (au lieu du deuxième [ultimum]) ; quelquefois, il reste dehors jusqu'au quatrième et cinquième mois ou même jusqu'à la naissance...

» Pour nous résumer, conclut Wenglowski, nous trouvons qu'il existe des causes, dans la vie embryonnaire, expliquant la fermeture plus ou moins grande de l'anneau ombilical. A cause de la largeur inégale de cet anneau, toutes les autres conditions étant les mêmes, chez l'un, il se forme une hernie, chez l'autre, il n'y a rien (1). »

Si nous rappelons ces notions de la hernie physiologique embryonnaire — notions qui sont connues et dont on tient compte pour les hernies fœtales — ce n'est pas pour revenir avec Jaboulay et Patel (2) sur l'existence du canal de Richet — car il n'existe pas chez l'enfant — ; mais c'est afin d'insister sur la raison

1. R. Wenglowski, *die Beziehung zwischen der Entwicklung der nabelgegend und der Disposition zu nabelbrüchen original-mitterlungen*, 5 mars 1912 (*Zentralblatt für Chirurgie*, p. 317-319).

2. Le Dentu et P. Delbet, *Traité de Chirurgie*. Jaboulay et Patel (de Lyon), *Les Hernies*, 1907, p. 253. Opinion soutenue également par Kocher, Sachs et Dechêne, malgré les travaux de Pierron et Michel (de Nancy) dans la thèse de Richard (1869).

congénitale dans l'apparition des hernies consécutives. On en parle de plus en plus pour la hernie inguinale; l'opinion actuelle tend à donner le tout premier rôle à la congénitalité, même pour les hernies d'apparition tardive.

Pour la hernie ombilicale, un auteur anglais, Corner, en 1904, dans un brillant rapport sur la pathologie et le traitement des hernies de l'enfance et leurs relations avec celles de l'adulte, n'oublie-t-il pas ce point d'embryologie dont nous venons de parler, quand, discutant, avec énergie, toutes les raisons pathogéniques de la hernie inguinale, pour mettre en relief le rôle de la prédisposition congénitale, il ajoute :

« Il est naturel d'admettre qu'il y a une différence dans l'apparition de la hernie ombilicale de l'enfant (1). »

Et l'on ne comprend pas pourquoi, dans le *British medical Journal*, en 1905, Deanesby veut réserver le même mode d'évolution aux hernies inguinales et crurales seulement.

En réalité, il nous semble pouvoir rapprocher, à ce point de vue, la hernie ombilicale de la hernie inguinale; et, tout en admettant l'importance des raisons occasionnelles (gastro-entérite de l'enfance,

1. Edred M. Corner, *A post graduate lecture on the pathology and treatment of the herniæ of children and their relation to conditions in the Adult, delivered at the hospital for sick children Great Ormond street The Lancet*, 20 août 1904, p. 516.

2. Deanesby, *la Curabilité de la hernie à tous les âges par l'opération (British medical Journal*, 17 juin 1905, p. 1329).

obésité et grossezza chez l'adulte, amaigrissement dans la vieillesse), nous pensons que si la notion de congénitalité prend de plus en plus d'importance dans la conception que l'on s'en fait pour l'une, il doit en être de même pour l'autre, et cela, pour des raisons identiques.

Il est assez vraisemblable de penser que la prédisposition congénitale reconnaît plusieurs variétés et que depuis l'anneau qui reste incomplètement fermé jusqu'au canal pathologique qui pourrait se créer par la persistance d'un sac primitif, il y a toute une série de cas particuliers pour lesquels on ne peut faire de généralités.

Tant de circonstances interviennent ensuite, dans le développement organique, avec le développement adipeux de la paroi, que les prédispositions congénitales sont le plus souvent masquées par des prédispositions acquises ; et l'on comprend fort bien que ces dernières puissent prendre, alors, plus d'importance et mériter toute l'attention qu'on leur a portée récemment.

Mais, du fait même que ces différentes circonstances prêtent à des variations multiples, il n'en faut pas moins reconnaître le fait qui prime tous les autres, à savoir qu'au début, il y a un orifice d'engagement que, seule, peut expliquer la congénitalité.

Car une bonne cicatrisation infantile qui, suivant l'opinion de Segond, est normalement définitive (1),

1. Segond, thèse d'agrégation, 1883, p. 65.

même sur une mauvaise paroi et dans des conditions physiologiques défavorables, est entièrement suffisante pour que rien, dans le développement individuel, n'en altère la solidité.

Que voit-on dans la pratique courante ?

Durant le cours de nos recherches, il nous souvient avoir observé une femme de quarante et un ans qui supporta son treizième accouchement avec une paroi flasque hypertrophiée, ballotant à droite et à gauche, suivant les mouvements de son corps, — étant donc placée dans les meilleures conditions pour avoir une hernie ombilicale — tout en ayant un anneau cicatriciel absolument indemne. Cela ne se rencontre-t-il pas chaque jour ?

Et, d'un autre côté, un illustre confrère nous racontait son histoire :

« Je suis atteint de hernie ombilicale, nous disait-il ; elle est apparue jusqu'à l'âge de cinq ans ; un bandage l'avait fait disparaître. Puis elle m'avait laissé tranquille jusqu'à ces dernières années où elle est revenue me surprendre. J'ai pris un peu d'embonpoint, ajoutait-il avec un aimable sourire ; et depuis cette époque, je l'ai conservée ».

Ces deux observations peuvent nous servir de types :

D'une part, on se trouve continuellement en présence de personnes réunissant toutes les causes d'apparition herniaire et n'ayant rien ; d'autre part, on aperçoit fréquemment des malades qui ont une hernie sans autre raison de développement possible*

qu'un léger degré d'obésité et la guérison d'une hernie dans leur enfance.

Mais il y a plus. Ne rencontre-t-on pas bien souvent des porteurs de hernie inguinale double et de hernie ombilicale simultanées ? Les auteurs se sont tous étendus sur ce point. Nous possédons trois observations de ce genre prises au Pavillon Verneuil ; nous avons également la description d'une opération de deux fillettes pour hernie ombilicale et inguinale droite, d'une autre pour hernie ombilicale et inguinale gauche. En résumé, huit observations où se trouve présente une affection reconnue nettement d'origine congénitale. Pourquoi rejetterait-on le même mode de formation pour l'autre variété de même ordre pour laquelle on dut intervenir en même temps (1) ?

Nous insistons donc sur cette idée que la hernie ombilicale de l'adulte est une hernie de l'enfance ; et nous ramenons sa pathogénie à la prédisposition congénitale.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur la date d'apparition de la hernie ombilicale chez l'adulte. Aussi bien ne s'y attarde-t-on pas pour la hernie inguinale. Les difficultés que l'on rencontre pour recueillir des renseignements précis à ce point de vue, sont délicates. Bien souvent, la hernie

1. La présence simultanée de diverses variétés de hernie, chez les malades se retrouve à l'âge adulte. *Archiv. für Klinische chirurgie*, Dr Ernst Ruge, observations n° 3 et 6 (sur 8 observations détaillées) p. 10, 11, 14.

est apparue dans l'enfance ; elle reste inaperçue ; et si un homme de l'art n'a pas posé le diagnostic en examinant l'enfant, un jour ou l'autre, le développement organique ultérieur en masquera la netteté. N'avons-nous pas, dans nos observations, le cas d'un enfant porteur de hernie ombilicale, dont la famille ignorait totalement la présence ? Un homme d'un certain âge, à moins qu'il ne soit habitué à s'observer médicalement, peut-il nous parler de ce détail de son enfance, si son entourage n'en a même pas conservé le souvenir ?

C'est ce qui nous fait comprendre pourquoi la plupart des malades rapportent qu'ils se sont rendus compte de leur affection petit à petit et qu'elle date de longtemps (1).

Du reste, on peut concevoir que, de même que pour la hernie inguinale, l'apparition se fait attendre sans que l'on mette en doute la prédisposition primitive ; ainsi, pour la hernie ombilicale, l'éclosion peut survenir plus ou moins tardivement sans qu'il y ait d'autres raisons d'en rejeter l'origine congénitale.

Un fait nous a cependant frappé, en recherchant la relation des auteurs sur le début de la hernie chez l'adulte, c'est qu'au fur et à mesure que l'on parcourt les ouvrages plus récents, on note plus fréquemment la présence antérieure de la hernie ombilicale dans

1. *Archiv. für Klinische chirurgie*, 1909, n° 68. p. 4. Dr Ruge, Les renseignements que notre maître, M. le Dr O. Guelliot de Reims a eu l'obligeance de nous donner, d'après ses observations personnelles, sont identiques.

l'enfance ; et, alors qu'autrefois on en soupçonnait la possibilité, Ernst Ruge la signale 12 fois sur 64 cas (1).

Sans doute, la phrase de M. Lucas-Championnière reste toujours vraie : « Il est rare de voir la hernie ombilicale de l'enfance persister jusqu'à l'âge adulte (2). » Mais, comme dans la hernie inguinale, on voit souvent la hernie apparaître, puis rétrocéder de bonne heure pour se faire jour à nouveau par la suite, à un moment qui lui sera favorable ; ainsi, pour la hernie ombilicale, la lésion n'est définitive qu'après un temps de repos plus ou moins long. L'observation de l'éminent confrère, observation dont nous rapportons les détails antérieurement, reste, pour nous, absolument schématique ; elle peut se mettre facilement en parallèle avec la relation de bien des hernies inguinales dont nous avons constaté l'existence et pour lesquelles l'histoire fut identique.

La vérité c'est que, de plus en plus, on retrouvera cette origine infantile de la hernie ombilicale de l'adulte, pour cette raison bien simple qu'elle s'y rapporte entièrement. Car il apparaît que cette affection, résultant des atteintes locales d'une maladie générale, n'est possible que par la prédisposition congénitale.

1. *Archiv. für Klinische chirurgie* 1909, n° 68, p. 4. Dr Ernst Ruge.

2. Just Lucas-Championnière, *Cure radicale des hernies*, 1892, p. 310.

CHAPITRE III

NÉCESSITÉ DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ L'ENFANT

S'appuyant sur la phrase classique de Trélat : « Toute hernie qui ne peut être facilement et complètement maintenue par un bandage doit être opérée » Ernst Ruge en tire, avec juste raison, la conclusion de son étude sur la hernie ombilicale : il faut la traiter par la cure radicale (1).

Il regrette que les malades attendent si longtemps avant de venir voir le chirurgien (2). C'est qu'en effet, tout infirme que soit le porteur de hernie ombilicale, il ne faut pas oublier qu'il peut vivre avec son mal. Gêné continuellement, il peut, cependant, vaquer à ses occupations journalières ; et ce n'est que tout à coup, lorsque l'affection, après s'être fortement développée, subit une évolution des plus graves qu'il reconnaît l'indication opératoire qui lui revient (3). Sur 79 hernies ombilicales opérées dans le service

1. *Archiv. für Klinische chirurgie*, 1909 n° 68. Dr Ernst Ruge même article, p. 27.

2. *Id.*, p. 4.

3. *Id.*, p. 4.

du professeur Körte, n'y en avait-il pas 52, c'est-à-dire les $\frac{2}{3}$ étranglées (1) ?

Les affections des différents organes sont constantes et viennent augmenter les difficultés techniques que l'on rencontre, même dans les conditions les plus favorables.

Les chirurgiens font alors des tours de force pour réparer des brèches plus ou moins considérables. Ils sont souvent obligés de recourir, faute de mieux, à des moyens de fortune. Les procédés se multiplient ; aucun ne reste de règle.

Un des maîtres de l'art chirurgical ne rapportait-il pas dernièrement, à la Société de chirurgie de Paris, l'observation d'une opération où il avait été obligé de faire une greffe adipeuse d'un anneau trop large pour être suturé, par un énorme greffon adipeux placé dans le péritoine, derrière la paroi abdominale (2) ?

Et, dans les derniers travaux, n'insiste-t-on pas sur la nécessité de faire souvent de larges résections de la peau et presque toujours de la graisse sous-cutanée, avant de songer à terminer l'intervention (3) ?

On ne peut qu'admirer tous ces efforts.

Mais ne pourrait-on pas tenter d'en diminuer l'obligation, en fixant des règles dans le traitement

1. *Id.*, p. 4.

2. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 11 février 1913, p. 231.

3. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 21 mai 1912. Observation de M. Morestin, p. 720.

de la hernie ombilicale ? Ruge préconise la cure radicale le plus tôt possible. Mais il l'entrevoit toujours dans l'âge adulte (1).

Nous pensons qu'il faut aller plus loin, et faire l'intervention plus fréquemment dans l'enfance ; c'est là qu'on atteindra le mal à son début.

Déjà, pour la hernie inguinale, on a de plus en plus tendance à vouloir guérir définitivement l'enfant ; c'est une constatation de pratique courante ; et un auteur anglais, Corner, en 1904, dans un rapport que nous avons déjà cité, déclare : « L'enfance, est l'époque où on a le plus de chance de guérir cette affection ; car alors, et alors seulement, le bistouri du chirurgien est aidé des efforts de la nature au moment de la croissance du sujet. L'enfance est l'époque où nous avons le droit d'espérer pouvoir faire un peu plus que nous croiser les bras devant l'horloge (2) ».

Il nous semble que ces raisons, de grand bon sens, trouvent leur application toute naturelle dans la cure de la hernie ombilicale.

Si on l'opérait plus fréquemment à cet âge, nul doute que la mortalité, due à son étranglement ultérieur, ne diminue dans une proportion intéressante ; et, du moins, le malade vivrait tranquille, sans cette

1. Conclusion déjà formulée par M. Lucas-Championnière, en 1892. *Cure radicale des hernies*, p. 315. Le mérite de Ruge est d'avoir nettement insisté sur les difficultés de ce traitement, ce qui est la raison même de son intéressant travail.

2. Edred E. Corner, *The Lancet*, 20 août 1904, p. 511.

perspective de pouvoir en supporter, un jour ou l'autre, les conséquences brutales qui sont si rigoureusement dangereuses.

Les indications opératoires sont, dans l'enfance, absolument nulles ; en rechercher serait illusoire. On ne peut les tirer des symptômes ; il n'y en a pas. L'enfant vit parfaitement bien avec sa hernie qui n'a pas d'influence sur son état général, quand elle est bien maintenue ; et le plus souvent, elle disparaît extérieurement par l'application d'un simple bandage.

Les auteurs ont trop insisté sur la méfiance que devait nous donner l'emploi des meilleurs moyens de contention, avec leur résultat problématique, pour que l'on puisse y revenir (1).

A vrai dire, nous devons nous inspirer de cette opinion de Segond, en 1883 : « Si l'existence d'une hernie congénitale vient faire obstacle à la réalisation du phénomène de cicatrisation de l'anneau ombilical, si même la production d'une hernie de l'enfance vient détruire le travail d'atrésie déjà commencé ou presque achevé, la tendance au resserrement persiste. C'est là le point capital à retenir, pour peu qu'on favorise la contention et la réduction des viscères, la coarctation se produira et donnera la guérison (2). »

1. Duplay et Réclus, *Traité de chirurgie*. — P. Berger, *Hernie ombilicale*, p. 322. — E. Rochard, *les Hernies*, p. 315. — Kirmisson, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 235. — Corner, *The Lancet*, 20 août 1904, p. 511-516 et bien d'autres.

2. Segond, thèse d'agrégation, 1883, p. 66.

Mais il faut ajouter, cependant, qu'en toute circonstance, on doit rechercher la guérison définitive. Aussi, — faut-il y insister ? — les praticiens doivent se guider, sans restriction, sur les indications des auteurs à ce sujet.

C'est pourquoi la véritable indication opératoire restera dans les conclusions de l'observation du médecin. Lorsqu'il se rendra compte qu'aucun travail physiologique ne peut amener la guérison, il devra avoir recours au chirurgien. C'est une règle formulée par M. le professeur Kirmisson (1).

L'âge de sept ou huit ans, recommandé comme période ultime pour le bandage, est trop tardif ; et les auteurs qui nous l'ont indiqué ne peuvent penser que la tendance au rétrécissement puisse subsister aussi longtemps. Cette attente prolongée entraîne fatalement, pour l'avenir, une cause de reproduction herniaire, au cas où l'affection aurait extérieurement disparu pendant les années précédentes.

M. le professeur Kirmisson réclame, à plus juste raison, l'opération à quatre ou cinq ans (2).

Il va sans dire que les raisons de sexe doivent attirer également l'attention et que cette règle doit être

1. Kirmisson, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, p. 233.

2. Kirmisson, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898, p. 233.

On peut même opérer l'enfant avant quatre ans ; nous avons trois observations d'intervention avant quatre ans : à deux ans, trois ans, trois ans et demi. Les malades du pavillon Verneuil ont, en moyenne, six ans et demi.

d'autant plus strictement suivie pour les fillettes ; car on peut rapprocher, à ce point de vue, la hernie inguinale des garçons et ombilicale des filles.

Avons-nous lieu d'appuyer sur les résultats imparfaits obtenus par le port du Bandage ? N'y a-t-il pas nécessité à opérer également dans le cas d'un anneau trop largement ouvert ? Que les médecins se méfient ; qu'ils suivent ces enfants dont le ventre bâille ; et, s'ils ont la moindre tendance à l'obésité, qu'ils n'hésitent pas à demander la cure radicale. Ils rendront service à leur malade (1).

De cette manière — et de cette manière seulement — on verra les statistiques améliorées au point de vue du nombre des hernies ombilicales de l'adulte et de la trop large part de décès qui leur revient. Car, pour ne rien négliger, on aura agi sur la cause directe de son apparition ; et le traitement aura une influence efficace.

1. Il arrive fréquemment à M. Jalaguier de resserrer l'anneau ombilical, dans les opérations d'appendicite, quand cet anneau est trop large ; et cela se présente encore assez souvent (nous avons cinq observations où l'on dut intervenir pour ces deux affections).

CHAPITRE IV

TECHNIQUE DE LA CURE RADICALE CHEZ L'ENFANT

Si on a beaucoup discuté la théorie chirurgicale de la hernie ombilicale chez l'adulte, on s'est, par contre, peu préoccupé de la cure de la hernie ombilicale chez l'enfant; et cela tient à ce qu'il est très facile d'opérer et de guérir une hernie ombilicale à ce moment.

Aussi serons-nous bref sur la technique opératoire, nous contentant d'indiquer le procédé suivi, généralement, dans le service de M. Jalaguier, et que M. Veau préconise et emploie couramment aux Enfants Assistés.

1° *Incision.* — Nous croyons que c'est une grosse faute d'esthétique de réséquer la cicatrice ombilicale, non que cette dépression présente, en elle-même, une beauté quelconque; mais on est habitué à la voir au milieu de l'abdomen; et nous pensons que c'est un inconvénient de ne pas présenter la cicatrice de tout le monde.

Aussi estimons-nous qu'il faut, autant que pos-

sible, la conserver dans sa totalité ; et ceci est très facile.

— Il est vrai que l'on pourrait songer à faire revenir les fillettes à l'état primitif de leur sexe ; et l'on ne s'éloignerait pas beaucoup ainsi des règles en honneur ; mais, malgré les discussions des scholastiques, on n'est pas encore arrivé à savoir si notre mère Ève avait une cicatrice ombilicale. —

L'incision est curviligne au-dessous ou au-dessus de la cicatrice ; elle mesure 15 à 20 millimètres.

On arrive, d'emblée, sur l'aponévrose des muscles larges de l'abdomen et on circonscrit, sans difficulté, le segment de l'anneau ombilical correspondant à l'incision.

2° *L'ouverture du sac* a été discutée récemment dans une communication faite par Manson à l'Académie de Médecine, le 3 juin 1913 : nous n'avons pas pu en rechercher les termes exacts ; mais la *Presse Médicale* en donne le compte rendu suivant :

« M. Manson décrit un procédé nouveau pour la cure radicale des petites hernies ombilicales réductibles de l'enfant et de l'adulte. Ce procédé, simple et sans danger, permet, sans ouverture du péritoine, tout en conservant la forme de l'ombilic, d'obtenir une fermeture parfaitement solide de l'anneau ombilical, par cerclage de cet anneau au fil de soie. Le passage du fil de soie, dans le pourtour du cercle fibro-aponévrotique, est une règle absolue. Toute la

manœuvre est faite sous le contrôle de l'œil et du doigt. » (1)

Nous ne possédons pas suffisamment de renseignements pour donner notre impression sur ce procédé ; cependant il est arrivé fréquemment à M. Jala-guier de suturer l'anneau ombilical sans toucher au péritoine.

Nous pensons, cependant, qu'il est indispensable d'ouvrir le sac et de le réséquer. On a alors un orifice qui est formé par l'anneau ombilical au-dessus de la brèche péritonéale.

Au moment de l'opération, on éprouve, quelquefois, de grosses difficultés. Si le malade ne dort pas complètement, l'épiploon diffluent fait saillie ; et l'on a beaucoup de peine à le rentrer. Pour y arriver plus commodément, il est bon de fléchir un peu le tronc, en faisant ainsi l'inverse de ce que l'on a proposé pour les interventions sur le pancréas ; on redresse également les deux lèvres de la plaie que l'on a fixées par deux pinces à forcipressure ;

3° *Fermeture du péritoine.* — Il est des cas où le péritoine peut être séparé de l'aponévrose des muscles larges et peut être suturé isolément ; ces cas sont exceptionnels ; généralement la séreuse ombilicale, mince, friable, se déchire ; et l'on ne peut pas en faire une suture distincte de celle de l'aponévrose.

Un examen très attentif de l'orifice ombilical per-

1. *Presse médicale*, 4 juin 1913, n° 46, p. 464. — *Bulletin de l'Académie*, 3 juin 1913, p. 572.

met de reconnaître, en haut, un très mince cordon fibreux qui est la veine ombilicale ; il est beaucoup plus rare de trouver, en bas, l'ouraque et l'artère ombilicale.

En pratique, pour le chirurgien qui opère, ces détails anatomiques n'ont aucune espèce d'importance ;

4° *La fermeture de l'orifice aponévrotique est généralement très facile.*

On s'est beaucoup préoccupé, chez l'adulte, du sens de cette suture. Autrefois, on la faisait dans le sens horizontal ; on a tendance maintenant à la faire dans le sens vertical, à la suite des travaux et communications de Duchamp (de Saint-Etienne), de Gourdet (de Nantes) et de M. Morestin, au Congrès français de Chirurgie (1905), et de Mayo.

A côté de ces noms qui sont liés à la description de ce procédé, le rapport de M. Demoulin, l'an dernier, sur une hernie opérée par Dujarier et la discussion qui suivit ont montré que les chirurgiens français avaient l'habitude d'employer cette méthode connue à l'étranger sous le nom d'opération de Mayo. Ils y voient tous l'avantage de pouvoir faire asseoir le malade plus rapidement et d'obtenir une cicatrice plus ferme et plus rationnelle (1).

En fait, chez l'enfant, l'anneau ombilical est généralement plus large que haut. Richet l'avait dit, dans

1. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1912, n° 19, 20, 21, p. 708, 719, 746, 758, 770, 776.

son admirable livre d'anatomie topographique.

Dans presque toutes les observations que nous rapportons, la suture a été faite verticalement par deux ou trois points de catgut O.

L'hémorragie est insignifiante et il est exceptionnel qu'on ait à lier un vaisseau sous-cutané;

Pour le chirurgien qui opère, toutes les recherches classiques de Lignerolles, sur la vascularisation de l'ombilic, n'ont aucune espèce de valeur.

5° *La suture de la peau* se fait toujours très facilement ; il est remarquable de voir que l'incision péri-ombilicale, même curviligne, s'affronte incomparablement mieux que les incisions rectilignes qu'on fait sur la ligne blanche ou sur l'hypogastre ; et la cicatrice définitive, après la cure radicale de hernie ombilicale, est toujours bien meilleure que les autres cicatrices de la paroi.

Tandis que la ligne de section s'étale toujours et atteint souvent plusieurs millimètres (dans l'incision d'appendicite, par exemple) dans d'autres opérations, l'incision curviligne péri-ombilicale telle que nous la préconisons reste toujours identique à elle-même ; et, en quelques mois, elle devient complètement imperceptible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(N^o 134, année 1900)

Hernie ombilicale remontant à la naissance

C. C..., quinze ans et demi, entré au Pavillon Verneuil le 27 novembre 1900. Hernie ombilicale remontant à la naissance.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère bien portante. Ni frère ni sœur.

Antécédents personnels. — N'a pas été malade durant son enfance.

Tempérament lymphatique : teint blanc mat. A toujours été d'un certain embonpoint, quoique toujours délicat.

Histoire de la maladie. — La hernie ombilicale remonte à la naissance. On ne s'en est pas préoccupé ; la sage-femme ne croyait pas à une hernie.

Nourri au sein jusqu'à l'âge d'un an et demi, l'alimentation fut rationnelle par la suite ; l'enfant ne se plaignait jamais du ventre.

Vers cinq ans, la hernie se serait développée ; les parents consultent M. Barth qui les adresse à M. Jalaguier. M. Jalaguier ordonne le port d'un bandage.

Ce bandage, malgré les recommandations faites, fut conservé durant la journée seulement.

Examen d'entrée. — Au niveau de l'ombilic, on sent un écartement très net siégeant sur la ligne blanche, entre les bords internes des droits. Cette ouverture laisse passer l'extrémité du petit doigt, et, en faisant tousser le malade, on sent la pression produite par les viscères abdominaux. Quand le malade est levé, une petite pointe de hernie vient faire saillie à l'extérieur.

Il n'y eut jamais de phénomène d'étranglement; les orifices inguinaux n'ont rien de spécial.

Opération du 27 novembre 1910. — Incision de 3 centimètres de long. A son extrémité inférieure, bifurcation de façon à ménager l'ombilic.

Le lambeau inférieur est rabattu en bas; et de chaque côté, on écarte les lambeaux latéraux. A leur face postérieure, le péritoine se décolle mal et se déchire. A travers la déchirure, issue d'un paquet d'épiploon; on en résèque gros comme le petit doigt et sur une longueur de 5 centimètres environ; puis on réduit le moignon.

Suture en bourse du péritoine pariétal; puis on ajoute à la partie supérieure, deux points de catgut en U.

Suturé avec trois points en U des bords internes des muscles droits l'un à l'autre, puis du plan aponévrotique et enfin, suture cutanée.

Suites opératoires normales sans température.

9 novembre 1900. — Sort presque guéri.

21 décembre 1900. — Guérison complète.

5 juillet 1912. — Cicatrice en λ en bon état.

OBSERVATION II

(Année 1901, n° 114)

Hernie ombilicale et appendicite

B... Hélène, dix ans et demi, opérée le 25 septembre 1903.
Appendicite. Hernie ombilicale.

1° Hernie ombilicale. Incision et ouverture de la paroi.
Surjet de la ligne blanche. Deux points de suture.

2° Appendicite. Incision de M. Jalaguier. Cure radicale.
Appendice trouvé facilement. Résection. Enfouissement du
moignon. Suture en trois plans.

15 octobre 1903. — Sort guérie portant une ceinture hypo-
gastrique avec pelote.

OBSERVATION III

(Année 1903, n° 146.)

Double hernie inguinale. Hernie ombilicale

B..., Pierre quatre ans et demi, 31 décembre 1903.

1° Cure radicale de la hernie inguinale droite ; il n'y a pas
de sac, mais une sorte d'éventration. Réfection de la paroi
par le Bassini ;

2° A gauche, on trouve un sac herniaire, avec un épiploon
non adhérent qui est facilement rentré. Résection du sac. La
paroi est refaite en avant du cordon ;

3° Pour la hernie ombilicale, incision de la peau en Y.
Incision médiane de l'aponévrose au-dessus de l'ombilic ;

quelques points sont mis sur le péritoïne qui se déchire facilement. Suture de la paroi au catgut et de la peau.

20 janvier 1903. — Passé au pavillon Pasteur (médecine).
Guéri de la cure radicale de ses hernies.

OBSERVATION IV

(Année 1906, n° 52.)

Hernie ombilicale

D... Alfred, neuf ans et demi, opéré le 12 mai 1906.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mais ayant eu une pleurésie, il y a cinq ans.

Mère bien portante ; deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Enfant arrivé à terme, faible de constitution, durant son enfance.

Nourri au sein jusqu'à un an, puis à la phosphatine.

Rougeole, coqueluche et scarlatine durant l'année 1902.

Entérite durant les années qui suivent.

Histoire de la maladie. — La hernie apparaît à un an ; on n'en prit aucun soin jusqu'en 1902 où l'on fait porter à l'enfant un bandage jour et nuit sans résultat consécutif. La hernie ombilicale ne fait qu'augmenter sous l'influence des maladies que l'enfant contracte.

Opération. — Chloroformisation avec l'appareil de Ricard.

Incision en Y renversé ; dissection et abaissement de la cicatrice ombilicale.

Dissection et abaissement du sac dans lequel plusieurs adhérences épiploïques sont libérées.

Reconstitution de la gaine en trois plans : péritoine, gaine des droits, peau.

20 mai 1906. — Sort complètement guéri.

Revu en octobre 1911. Guérison complète ; la cicatrice ombilicale a une apparence normale, aucun symptôme fonctionnel.

Revient pour hernie inguinale droite.

5 juin 1912. — *Examen*. — L'ombilic est très solide ; la cicatrice ombilicale est légèrement étalée ; les deux branches qui circonscrivent l'anneau sont, au contraire, très peu apparentes et tout à fait linéaires.

La cicatrice, elle-même, est étoilée et normale ; on sent, au-dessous d'elle, un anneau fibreux beaucoup plus résistant que la ligne blanche au-dessous de l'ombilic.

OBSERVATION V

(Année 1906, n° 94).

Hernie ombilicale et inguinale droite.

B. Georgette, 3 ans, opérée le 30 juillet 1906.

1° Incision médiane contournant la cicatrice ombilicale à gauche.

Ouverture du sac. Résection du sac et de l'anneau ombilical.

Plusieurs plans de suture au catgut, le premier comprenant le péritoine et la gaine postérieure des droits, le second pour les muscles, le troisième pour l'aponévrose antérieure.

Suture de la peau au catgut.

2° Hernie inguinale droite. Sac peu volumineux. Bassini.
Sortie complètement guérie, le 14 août.

OBSERVATION VI

(Année 1907, n° 164).

Hernie ombilicale et inguinale double

B., Georges Venizy (Yonne), opéré le 20 décembre 1907.

1° a) Par une incision ovale, on circonscrit l'ombilic ; on incise l'aponévrose ; on met une ligature à la base du petit sac ombilical et on sectionne.

b) On est obligé de suturer le péritoine sous-jacent très mince et qui s'est déchiré partiellement. On prend, pour cela, une partie du tissu fibreux qui le recouvre pour l'empêcher de se déchirer à nouveau.

d) On rapproche les deux bords aponévrotiques qu'on suture.

d) Suture de la peau.

2° Hernies inguinales.

a) A gauche, on ne trouve pas de sac ; on resserre l'anneau.

b) A droite, on trouve un reste de canal péritonéo-vaginal qu'on enlève et on resserre l'anneau (le reste du canal est oblitéré de haut en bas).

Sorti guéri le 7 janvier 1908.

OBSERVATION VII

(Année 1908, n° 59).

Double hernie inguinale et hernie ombilicale

T..., Robert, cinq ans et demi, opéré le 11 avril 1908.

1^o Double incision ovalaire autour de l'ombilic ; on sectionne la peau, aponévrose et péritoine que l'on repère.

2^o Procédé habituel et radical pour les deux hernies inguinales. On trouve un sac des deux côtés.

Sorti le 23 avril 1908, guéri.

OBSERVATION VIII

(Année 1909, n° 61.)

Hernie ombilicale très développée

J... M.-Alice, dix ans, mulâtresse, opérée en mai 1909.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Enfant venu à terme. Coqueluche à dix-huit mois.

Rougeole à huit ans, sans complications.

Angines à répétitions.

Histoire de la maladie. — Après la naissance, le cordon fut sectionné aussitôt sans incident ; il tombe normalement.

L'alimentation fut toujours rationnelle et surveillée.

La mère s'est aperçue de l'existence d'une hernie ombilicale vers l'âge de trois ans ; mais elle dit avoir remarqué

H. Herding

auparavant que la paroi abdominale de l'enfant était faible et flasque. Pendant deux ans, l'enfant a porté un bandage jour et nuit (de trois à cinq ans); mais ce bandage provoquait des éruptions cutanées et du prurit et dut être supprimé.

De cinq à dix ans, on ne se préoccupe plus de cette hernie ombilicale qui est toujours facilement réductible, n'a pas augmenté visiblement, et n'a donné lieu à aucun symptôme abdominal.

Operation. — Exeision partielle de l'ombilic. Suture péritonéo-aponévrotique. Rapprochement des gaines des droits. Sortie guérie le 20 mai 1909.

Examen de la cicatrice (5 mai 1912). — Cicatrice verticale longue de 6 centimètres environ, qui traverse la cicatrice ombilicale dont une partie a été réséquée.

Paroi excellente; on ne sent aucune faiblesse, aucune dépression entre les muscles; pas de noyau fibreux au niveau de l'ombilic.

État général satisfaisant; quelques ganglions cruraux et cervicaux indiquent que l'enfant est de tempérament lymphatique; il y a deux mois, la fillette s'est plainte de crises entérisiformes ayant fait craindre l'appendicite. A surveiller à ce point de vue, bien que l'on se demande s'il n'y a pas là, peut-être, une question d'âge; car l'enfant n'est pas encore réglée.

OBSERVATION IX

(Année 1909, n° 72.)

Hernie ombilicale. — Appendicite

C... Berthe, âgée de quatorze ans, opérée le 24 mai 1909.

Antécédents héréditaires. — Père mort de péritonite

aiguë, atteint, durant sa vie, de complications de blennorragie.

Mère, deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Enfant venue à terme ; le cordon aurait été, soi-disant, coupé trop court.

Durant toute son enfance, rachitisme, ventre gros et ballonné.

Rougeole à cinq ans. Appendicite à quatorze ans.

Histoire de la maladie. — La hernie ombilicale apparaît à l'âge de trois mois. L'enfant porte un bandage jusqu'à douze ans. Elle l'aurait conservé jour et nuit.

L'alimentation est surveillée. Nourrie au sein durant la première année, on aurait continué par le lait, les œufs et les soupes légères.

A l'âge de quatorze ans, la malade a été atteinte d'appendicite, opérée deux mois avant la hernie ombilicale. La hernie n'a pas augmenté de volume, malgré les douleurs abdominales et les vomissements fréquents.

Opération. — Incision cutanée habituelle. Incision de l'ombilic. Suture péritonéo-aponévrotique. Suture de la gaine des droits. Suture de la peau. Aucun incident.

Passée le 3 juin en médecine, pour broncho-pneumonie.

5 juin 1912. — *Examen.* — La cicatrice est bonne, la malade ne s'est jamais plainte depuis son opération.

OBSERVATION X

(Année 1909, n° 127.)

Hernie ombilicale. Appendicite

P... Lucette, huit ans, opérée le 6 septembre 1909.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une crise d'appendicite. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Enfant venue à terme. Dents à un an. A marché vers dix-sept mois.

Entérite de deux à quatre ans.

Varicelle à deux ans. Rougeole en 1908.

Entre au pavillon Vernueil pour appendicite, après deux crises avec vomissements et douleur.

Opération. — 1^{re} Cure radicale de l'appendice. Rien à signaler.

2^o Hernie ombilicale. Refermée par des points de suture ; on ne dissèque pas la gaine des droits. Sortie guérie le 23 septembre 1909.

OBSERVATION XI

(Année 1910, n^o 59.)

Hernie ombilicale

L... René, quatre ans (Puteaux). Opéré le 26 avril 1910.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Né à terme, première dent à six mois ; l'enfant a marché à un an.

A deux ans, ictère léger ayant duré quinze jours. Hernie ombilicale depuis la naissance ; la tuméfaction a toujours été indolore.

L'enfant a toujours porté un bandage, et la mère ne s'est aperçue que la hernie grossissait légèrement que depuis un an environ.

L'enfant dort la bouche ouverte, et s'enrhume facilement.

Il n'a jamais présenté de crise de suffocation. Amygdales légèrement hypertrophiées.

26 avril 1910. — *Opération*. — Cure radicale. Rien à signaler.

Sorti guéri le 12 mai 1910.

OBSERVATION XII

(Année 1910, n° 123.)

Hernie ombilicale et appendicite

V... Anna, quatre ans, opérée le 21 septembre 1910.

Sort guérie le 9 octobre 1910.

5 juin 1912. — *Examen*. — Courte incision circonscrivant à droite l'ombilic, longue de 5 centimètres.

L'ombilic est saillant; aucune adhérence entre la peau et les plans profonds. Les droits sont très écartés. On ne sent pas de noyau fibreux sous la cicatrice.

La cicatrice de l'appendicite est étalée et un peu saillante.

L'enfant s'est plainte quelquefois de la région ombilicale.

Aucun symptôme général.

OBSERVATION XIII

(Année 1910, n° 128.)

Hernie ombilicale volumineuse

M... Robert, deux ans, opéré le 12 octobre 1910.

La région est circonscrite par une incision elliptique;

l'aponévrose disséquée jusqu'à l'orifice, le péritoine mis à nu, sur une surface d'au moins 2 cm. 5 de diamètre. Ligature du sac, sans l'ouvrir. Les bords de l'orifice aponévrotique sont rapprochés par six fils de catgut 00.

Agrafes sur la peau.

Sort guéri le 23 octobre 1910.

5 juin 1912. — *Examen.* — L'ombilic a été enlevé; l'incision est longue de 7 centimètres; il n'y a pas d'adhérences profondes. On ne sent absolument rien comme anneau ombilical.

L'enfant se plaint encore du ventre. Le côté droit se défend d'une façon manifeste. A surveiller au point de vue de l'appendicite.

OBSERVATION XIV

(Année 1910, n° 152.)

Hernie ombilicale

P... Maurice, six ans et demi, de Rosny-sous-Bois.

Longue incision à gauche de l'ombilic; on arrive d'emblée sur l'aponévrose; et, en disséquant le fascia superficialis, on récline à droite toute la cicatrice ombilicale.

En disséquant l'aponévrose, on trouve l'orifice ombilical qui a 1 centimètre environ; l'épiploon fait à peine hernie.

L'orifice est fermé par deux catguts passés dans le sens vertical; la fermeture est complètement hermétique.

A ce moment, l'enfant fait des efforts de vomissement et les sutures ont plutôt tendance à se rapprocher.

Agrafes de Michel.

Sorti guéri le 8 décembre 1910.

5 juin 1912. — *Examen*. — Longue incision contournant à gauche l'ombilic d'au moins 8 centimètres. L'ombilic est légèrement saillant et à peine étalé. Les droits sont écartés; on ne sent pas de noyau fibreux; sous la cicatrice, aucun orifice appréciable.

OBSERVATION XV

(Année 1910, n° 168.)

Hernie ombilicale

A... Berthe, sept ans, opérée le 18 novembre 1910.

L'enfant est amenée pour sa hernie ombilicale.

Née à huit mois, nourrie au sein.

Coqueluche légère à quatre ans. Les quintes de toux n'ont pas été fréquentes.

Rougeole en 1909.

Depuis deux ans, la petite présente de la scoliose *et c'est à l'occasion d'un examen ayant pour but de lui donner un corset que le médecin s'est aperçu de sa hernie*. Cette hernie n'a jamais donné lieu à aucun symptôme apparent: bon appétit, bonnes digestions; pas de constipation; pas de vomissement.

Opération sans incident.

Sortie guérie le 30 novembre 1910.

OBSERVATION XVI

(Année 1911, n° 8.)

Hernie ombilicale

D... Ernestine, dix ans, opérée le 26 janvier 1911.

Petite hernie ombilicale. Longue incision à droite de l'ombilic. En disséquant la cicatrice, je circonscris un orifice aponévrotique de 12 millimètres de diamètre. Au milieu, le péritoine se trouve ouvert.

Fermeture du péritoine par deux points de catgut 00.

L'aponévrose est fermée par trois points passés verticalement.

Fermeture avec agrafes.

Sortie guérie le 5 février 1912.

5 juin 1912. — *Examen*. — Incision verticale circonscrivant à droite l'ombilic ; la cicatrice est étalée en haut et en bas ; elle est linéaire au niveau de l'ombilic. Celui-ci est légèrement saillant.

La cicatrice et l'ombilic sont tout à fait indépendants de la région profonde. On peut déplacer la peau de plusieurs centimètres.

L'ombilic présente un tout petit orifice de 2 à 3 centimètres de diamètre circonscrit par un anneau très dense.

OBSERVATION XVII

(Année 1912, n° 74.)

Hernie ombilicale et épigastrique

M... Marie-Louise, quatre ans, opérée le 18 avril.

1^o Cure de la hernie ombilicale. Incision transversale sous-ombilicale. On trouve très rapidement un pertuis rond où l'épiploon fait hernie; la veine ombilicale saigne; elle est liée dans un temps spécial.

Trois points sont placés sur l'aponévrose qui circonscrit l'anneau.

Fermeture de la peau avec des agrafes.

2^o Cure radicale de la hernie épigastrique; on trouve au-devant de l'orifice un lipome de 2 à 3 centimètres que l'on extirpe.

Fermeture de la peau avec agrafes.

Sortie guérie le 28 avril 1912.

OBSERVATION XVIII

(Année 1912.)

Hernie ombilicale

R... Yvonne, trois ans et demi, entrée le 4 juin 1912.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de fièvres paludéennes.

Mère bien portante actuellement, ayant été longtemps malade d'une affection pulmonaire tuberculeuse.

Oncles et tantes poitrinaires.

Sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Enfant venue à terme, de tempérament maladif, rhumes fréquents et accès de fièvre facilement.

Coqueluche à deux ans avec complications.

Varicelle il y a un mois.

Histoire de la maladie. — La hernie ombilicale remonte à la naissance ; le cordon mal sectionné le premier jour, aurait été coupé à nouveau au ras de la peau le lendemain ; une hémorragie consécutive se serait produite, et la hernie ombilicale serait apparue cinq jours après. Ces circonstances spéciales auraient eu des suites judiciaires.

La hernie a été soignée par un bandage en caoutchouc qui ne fut jamais laissé durant la nuit. Le bandage fut enlevé, il y a deux mois seulement ; la hernie se développa rapidement.

Elle serait douloureuse à la pression ; l'enfant ne s'est jamais plainte de coliques.

10 juin 1912. — *Opération.* — Incision demi-circulaire sous-ombilicale, passant exactement dans le sillon situé entre la cicatrice centrale et la saillie formée par le rebord de l'anneau fibreux. Après la cicatrisation, la trace de l'incision devra disparaître complètement dans le sillon ombilical.

Incision, au bistouri, d'une lame conjonctive dépendant de l'aponévrose de l'abdomen. Le péritoine se trouve ouvert presque sans qu'on s'en aperçoive. L'orifice péritonéal est repéré avec des pinces hémostatiques ; il a un diamètre de 3 à 5 millimètres. L'intestin apparaît sans épiploon.

Un fil est passé à la base du cône péritonéal. Mais le péri-

toine est tellement mince et friable que le fil éraïlle la séreuse et qu'il y a un petit trou à côté de la ligature.

Sans se préoccuper de cet orifice péritonéal, l'aponévrose est fermée *par quatre points de catgut n° 1 passés verticalement*. Ces points prennent un plan fibreux très résistant. La fermeture sera certainement complète.

La peau est fermée avec 5 agrafes de Michel presque contiguës, étant donné la faible étendue de l'incision cutanée.

Sortie le 20 juin 1912, guérie.

OBSERVATION XIX

(Année 1912, n° 130.)

Hernie ombilicale et inguinale gauche

D... Maurice, six ans (Le Mans).

Entré le 12 août 1912.

Sorti guéri le 25 août 1912.

OBSERVATION XX

(Année 1912, n° 142.)

Hernie ombilicale

M... Suzanne, dix ans (Gentilly), opérée le 31 août 1912.

La cicatrice ombilicale est circonscrite par une incision curviligne qui contourne son pôle inférieur. L'ombilic cutané est remonté en disséquant sa face profonde, en suivant de près l'aponévrose. Le point faible de cette aponévrose se trouve

ainsi isolé ; le péritoine n'a pas été ouvert. L'orifice aponévrotique a, à peu près, 1 centimètre de large sur 1/2 centimètre de hauteur. Trois points de catgut OO sont passés verticalement.

Pas de suture de la peau ; la coarctation de la peau était si parfaite, après la suture des plans sous-jacents, qu'il était inutile d'y toucher.

Après l'opération, la cicatrice avait une apparence absolument normale ; on ne voyait même pas l'incision qui était cachée dans un pli.

Je crois que la suture, en éversant les lèvres de la plaie, ne devait que rendre plus apparente cette dernière.

Stérésol. Pansement compressif.

Sort guérie le 12 septembre 1912.

OBSERVATION XXI

(Année 1912, n° 161.)

Hernie ombilicale

N. A. Mathide, sept ans. Entrée : 16 novembre.

Incision demi-circulaire au-dessous de l'ombilic, en disséquant la peau, le péritoine est ouvert ; l'orifice péritonéal ne peut pas être séparé de l'aponévrose auquel il adhère. Un point est passé au milieu qui prend à la fois l'aponévrose et le péritoine.

D'autres points sont placés à côté ; je ne sais pas s'ils prennent le péritoine.

Je n'ai pas pu ne pas faire de suture cutanée parce que les

trois nœuds de catgut n° O faisaient trop forte saillie et empêchaient l'affrontement exact.

Cinq points au crin fin.

Sortie le 26 novembre 1912.

OBSERVATION XXII

(Année 1913, n° 99.)

Hernie ombilicale et appendicite. — Anesthésie à l'éther.

T... Suzanne, entrée le 25 avril 1913.

1° Ablation de l'appendice, sans incident ; l'appendice est très vascularisé ; quand il a été pincé, il avait une teinte violette, avec injection des vaisseaux comme je n'en avais jamais vu ;

2° Cure radicale de la hernie ombilicale.

Ce n'est pas une vraie hernie ombilicale. La dissection de la peau n'a pas ouvert de sac ; et, au niveau de la cicatrice, il y a un point dépressible. J'ai ouvert le péritoine d'un coup de bistouri. Trois points de catgut sur l'ombilic.

La peau a été rapprochée par deux agrafes.

L'enfant est venue pour l'appendicite ; c'est la mère qui a demandé qu'on opère sa hernie ombilicale.

OBSERVATION XXIII

(N° 121, 28 mai 1913.)

Hernie ombilicale et inguinale

N... Simone, quatre ans.

1° Hernie inguinale droite. Sac épais. Section.

Quatre points sur l'aponévrose;

2° Hernie ombilicale. Incision curviligne; l'orifice mesure environ 3 à 4 millimètres de diamètre.

On est très gêné par l'épiploon diffluent. Quand l'anesthésie est plus complète, on peut mettre deux points verticaux pour fermer l'aponévrose.

OBSERVATION XXIV

(N° 122, 29 mai 1913.)

Hernie ombilicale et hernie inguinale droite

M... Jean, deux ans et demi.

Cure radicale suivant les procédés couramment employés.

OBSERVATION XXV

Hernie ombilicale

Ernest de J..., cinq ans, opéré le 5 avril 1911 par M. Veau.

Cet enfant, qui n'a jamais été rachitique, a présenté une hernie ombilicale vers le troisième mois de sa vie. Malgré le port d'un bandage, cette hernie est difficilement maintenue. Depuis deux ans, la mère a supprimé le bandage qui ne servait à rien. La hernie a le volume d'une noisette; l'enfant ne présente aucun symptôme fonctionnel.

Il est opéré, le 5 avril 1911, à la maison de santé de la rue Blomet.

Incision curviligne sous-ombilicale.

Fermeture de l'anneau par deux points de catgut O.

La peau est suturée par un crin médian et 2 agrafes latérales.

Suites normales. L'enfant a été suivi ; le résultat est resté excellent.

OBSERVATION XXVI

Hernie ombilicale

André G..., six ans, opéré le 11 juin 1911 par M. Veau, à la rue Blomet.

Cet enfant très vigoureux, le neveu d'un de mes amis médecin, a présenté, depuis sa naissance, une hernie ombilicale. Il n'a jamais éprouvé de symptômes fonctionnels.

Il est opéré à la maison de santé de la rue Blomet, le 11 juin 1911.

Incision curviligne sous-ombilicale.

L'orifice est fermé par 4 points O passés verticalement.

J'ai éprouvé de grosses difficultés par ce fait que l'épiploon faisait saillie hors de l'orifice.

Suites normales. Résultat excellent.

OBSERVATION XXVII

(D^r Martini)

Hernie ombilicale

Émile E..., neuf ans, opéré par M. Veau.

Cet enfant unique a été soigné, avec tout le dévouement

possible, par sa mère depuis sa naissance. Dès la chute du cordon, il a présenté une saillie ombilicale, du volume d'une noisette.

La mère a pris soin d'appliquer, nuit et jour, sur cet ombilic un bandage en caoutchouc sur un bandage en diachylon.

Il m'est adressé par le Dr Martini. Sa hernie a le volume du petit doigt; elle est facilement réductible; l'orifice admet le passage du doigt. La mère dit que, malgré ses bandages, la hernie a conservé toujours le même volume.

Il est opéré le 8 août 1912, à la maison de santé de la rue Bizet.

Incision curviligne sous-ombilicale.

L'anneau est fermé par 4 points de catgut O passés verticalement.

La peau est suturée par 3 agrafes de Michel.

Suites normales. L'enfant a été suivi; la paroi est très résistante.

OBSERVATION XXVIII

Hernie ombilicale. — Appendicite

Jacques E..., sept ans, opéré rue Blomet le 28 novembre 1912 par M. Veau.

L'enfant a eu une petite crise d'appendicite.

Les parents attirent mon attention sur une petite hernie ombilicale qui est opérée après l'appendicite.

Incision sous-ombilicale. L'aponévrose est fermée par 3 points de suture.

L'enfant a été revu. Le résultat est excellent.

CONCLUSIONS

La hernie ombilicale de l'adulte a un pronostic grave par ses accidents d'étranglement.

Cette affection, résultant des atteintes locales de l'obésité, n'est possible que par la prédisposition congénitale.

Il est nécessaire d'intervenir chez l'enfant suivant les règles établies par les auteurs, pour diminuer les accidents mortels qui surviennent chez l'adulte.

La méthode qui nous paraît la plus rationnelle est celle qui est employée, dans le service de M. Jalaguier, par M. Veau.

Vu : le Président de thèse,

KIRMISSON

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

H. Herding

5

BIBLIOGRAPHIE

SCARPA. — Traité pratique des hernies. Traduction Cayol. Édition 1812, cité par Kirrnisson.

LUTON. — Mouvement médical, 1876, p. 225.

— Archives générales de Médecine 1880, p. 428.

SEGOND. — Thèse d'Agrégation, 1883, p. 1-50.

BERGER (L.-E.). — Accidents peu connus du Phimosi congénital. Thèse de Paris, 1889-1890.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Just). — Cure radicale des hernies, 1892, p. 310-385.

— Le Rôle de la graisse dans les hernies (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1896, p. 33).

GASTON (J.). — Hernies ombilicales adhérentes. Thèse de Paris, 1892-1893, n° 17.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, t. VI.

BERGER (Paul). — Hernie en général, p. 23-59.

— Hernie ombilicale, p. 315-322.

ROGER. — De la Cure radicale des hernies ombilicales par le procédé de Quénu. Thèse de Paris, 1895.

DAURIAC. — Conception nouvelle de la cavité de Retzius et aponévroses antérieures de l'abdomen. Thèse de Paris, 1895-1896, n° 168.

KIRRISSON. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898, p. 233-250.

MAYO. — Remarks on the radical cure of hernia (Annals of surgery, janvier 1899, p. 29).

ARIBAT. — Contribution à l'étude des hernies ombilicales d'origine congénitale de constitution antérieure à la naissance. Thèse de Paris, 1900-1901, n° 445.

- CAILLEUX (Paul). — Du procédé par dédoublement dans la cure radicale de hernie ombilicale (procédé de M. Savariaud) Thèse de Paris, 1902-1903, n° 276.
- ESTOR. — La Hernie étranglée chez le nourrisson de moins de deux ans (Revue de Chirurgie, 1902, p. 249).
- CORNER. — A post graduate Lecture on the pathology and treatment of the herniæ of children and their relation to conditions in the Adult (The Lancet, 20 août 1904, p. 511-516).
- DEANESBY. — La Curabilité de la hernie à tous les âges (British med. Journal, 17 juin 1905, p. 1328-1329).
- PERAIRE. — Phimosi et hernie chez l'enfant (Congrès de Chirurgie de Paris, 1904).
- LACASSE (R.). — Hernies de l'ombilic dites congénitales (nouveaux nés et enfants). Th. de Paris, 1905-1906, n° 164.
- BERTILLON (J.). — Étude statistique de la hernie d'après différents documents français, suisses, allemands et italiens (extrait du 3^e fascicule de la 32^e année du Journal de statistique suisse).
- ROCHARD (E.). — Hernies des nouveau-nés et des enfants, 1904, p. 314-321.
- Les Hernies, 1906, p. 315-322.
- LE DENTU et P. DELBET. — Traité de Chirurgie : Jaboulay et Patel (de Lyon). les hernies, 1907 p. 252 et suivantes.
- PORT (Nuremberg). — L'Opération de Graver dans la hernie ombilicale (Munchener medizinische Wochenschrift, 1908, n° 23).
- FAVREUIL (G.). — Étranglement herniaire au cours des épanchements aigus liquides de l'abdomen. Th. de Paris, 1908-1909, n° 108.
- HAYD (Buffalo). — Umbilical hernia and its operative treatment with special reference to the Mayo operation (Internat. J. Surgery, 1909, t. XXII, p. 353-358).
- DARLING. — Radical operation for the cure of umbilical hernia (J. M. Sc., 1910, CXXXIX, p. 428-430).
- HOWARD A. KELLY. — An operation for umbilical Hernia (Ann. Surg. Phila, 1910, p. 694-696).

- HANNES. — Zur Pathologie und therapie des Nabelschnurbrusches
Munchener medizinische Wochenschrift, n° 50,
12 déc. 1911, p. 2664-2666.
- DAVENPORT WHITE (New-York). — La Hernie ombilicale; un
cas extraordinaire (Journal of American Association,
t. LVI, n° 1, 7 janvier 1911, p. 34-35).
- WENGLOWSKI. — Die Beziehung Zwischen der Entwcklung der
Nabelgegend und der disposition zu Nabelbrüchen (Zentral-
blatt für Chirurgie, t. XXXIX, n° 9, 9 mars 1912,
p. 317-319).
- CHAPUT. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris,
11 février 1913, p. 231.
- MORESTIN. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris,
26 mars 1912, p. 457.
- SOULIGOUX. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris,
28 mai 1912, p. 767.
- MORESTIN. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris,
13 février 1912, p. 229.
- DEMOULIN. — Rapport sur une guérison de hernie ombilicale
opérée par Dujarier (Bulletin de la Société de Chi-
rurgie, 21 mai 1912, p. 770).
- RUGE (Ernst). — Zur Pathologie und therapie der Nabelher-
nien der Erwachsenen (Archiv für Klinische Chirur-
gie, 2. 91, fasc. 1, 1909, p. 1-44).
- Presse médicale, 4 juin 1913, n° 46, p. 464.
- Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, 3 juin 1913,
p. 572.
-

Imp. de la Faculté de Méd., H. JOUVE et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 2174-13
